

附件 4:

“优秀护理单元”推荐表

单位名称					
科室名称		护士长		护士总数	
联系电话			邮箱:		
主要 工作 成绩					
所在 单位 意见	(加盖公章) 年 月 日				
卫生健康 行政部门 审核意见	(加盖公章) 年 月 日				